Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. med. Heinz Schweitzer

Suicid bei Jugendlichen

Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Anita Ulbricht

1979

1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543910_0046

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Heinz Schweitzer

Suicid bei Jugendlichen

Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Anita Ulbricht

1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.:Prof.Dr.med.H.Reinauer

Referent
gez.:Prof.Dr.med.E.Trube-Becker

Koreferent
gez.:Prof.Dr.med.H.T.Brüster

Druck und Einband: Rudolf Stehle GmbH & Co KG - Düsseldorf

Gewidmet
meinem Mann
Dieter Ulbricht

Inhaltsverzeichnis

		Seite:
A	Einleitung	1
B	Art der Datenerhebung	5
C	Untersuchungsergebnisse	
	1. Geschlechts- und Altersverteilung	8
	2. Verteilung der Fälle über die Jahre 1970 bis 1977	11
	3. Jahreszeitliche Verteilung	14
	4. Verteilung über die Wochentage	14
	5. Berufliche Beteiligung	22
	6. Familienstand	26
	7. Partnerschaftliche Beziehungen	28
	8. Wohnsituation	32
	9. Ort des Selbstmords	34
	10. Sucht	36
	11. Selbstmorddrohungen	39
	12. Vorausgegangene Selbstmordversuche	44
	13. Abschiedsbriefe	46
	14. Suicidmethoden	47
	15. Drogen während des Selbstmords	50
	16. Familie der Eltern	53
	17. Soziale Probleme	55
	18. Psychische und somatische Störungen	56
D	Zusammenfassung der Ergebnisse	61
E	Diskussion	64
	Literaturangaben	70

A Einleitung

Die Zahl Jugendlicher, die Selbstmord begeht, ist erschreckend hoch. In den Jahren von 1970 bis 1976 stieg innerhalb der Gruppe zwischen 15 und 25 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland die Anzahl der Suicidenten nahezu linear von 1050 auf 1365 um 30 % an.
Die große Bedeutung, die Jugendliche am Suicidgeschehen haben, spiegelt sich in der Literatur wieder. GRUHLE (1940) wies schon für das Ende des letzten Jahrhunderts in Preussen ein Ansteigen der Suicide bei Jugendlichen bis 25 Jahren nach. DOTZAUER et al. (1965) stellten in einer Untersuchung über Hamburger Selbstmordfälle der Jahre 1935 bis 1958 einen Gipfel der Suicidkurve bei den 21- bis 25jährigen fest. BAYREUTHER (1965) findet zum Zeitpunkt des Eintritts in das Berufsleben gehäuft Selbstmordfälle.
In der vorliegenden Arbeit wurden Selbstmorde von Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 25 Jahren über den Zeitraum von 1970 bis 1977 untersucht. Es wurden Akten der Staatsanwaltschaft mit den polizeilichen Ermittlungsergebnissen und den Obduktionsprotokollen des Instituts für Rechtsmedizin ausgewertet. Die Daten wurden mit anderen Arbeiten verglichen, Änderungen und Bestätigungen von Trends wurden aufgezeigt.
Eines der Ziele dieser Arbeit ist die Darstellung der äußeren Gegebenheiten bei Selbstmordhandlungen junger Menschen.

Die Hintergründe vollendeter Suicide darzustellen bereitet Schwierigkeiten. THOMAS (1977) hält amtliche Statistiken über Selbstmordmotive für völlig unbrauchbar, da die Hinterbliebenen die wahren Konfliktsituationen oft verschleiern oder ihnen die zugrunde liegenden Ursachen unklar bleiben. STENGEL (1969) weist darauf hin, daß das bewußte Motiv häufig nur der auslösende Faktor für die Tat ist, die weiteren Hintergründe aber meist wesentlich komplexer sind. ZUNG und MOORE (1976) gehen von folgender Hypothese aus: Verschiedene Faktoren ergeben ein Suicidpotential. Erst nach Überschreiten einer bestimmten Schwelle kommt es zur suicidalen Handlung. PÖLDINGER (1968) stellt zur "Abschätzung der Suicidalität" eine Risikoliste auf, die nicht nur einzelne Daten eines Patienten erfaßt, sondern auch berücksichtigt, daß sich verschiedene Merkmale wechselseitig potenzieren können, womit sich die Suicidbereitschaft wesentlich verstärken würde. LINDEN (1969) sieht Probleme der Motivforschung darin, daß der Untersucher jeweils subjektiv beurteilen muß, ob ihm eine Motivation als ausreichend erscheint oder nicht, ohne aber in der Lage zu sein, die Situation des Suicidenten und seine Reaktion völlig erfassen zu können.

Weitere Schwierigkeiten stellen für den Untersucher nicht erkannte psychische Erkrankungen des Suicidenten dar. Die Bedeutung der psychischen Veränderungen für die Suicidhandlung wird unterschiedlich beurteilt: RINGEL (1965) hält

den Selbstmord immer für den "Abschluß einer krankhaften Entwicklung", deren Beginn bereits in der Kindheit liegt. POHLMEIER (1978) dagegen warnt davor, jetzt alle Suicidenten als krank, unzurechnungsfähig oder abartig anzusehen. Er führt Beispiele an, in denen eine Wertung des Suicids als Krankheit der Tat und der Würde dieses Menschen nicht gerecht werden.
Neurotische Fehlentwicklungen bei kindlichen und jugendlichen Suicidenten bilden für WEITBRECHT (1965) ein zentrales Thema. Er betont allerdings, und das erschwert die Erkennung sicher erheblich, die Vielgestaltigkeit der neurotischen Krankheitsbilder: "Es gibt so viele Neurosen, als es lebendige Persönlichkeiten auf der Welt gibt."
Häufig wird bei Jugendlichen auch eine beginnende Schizophrenie nicht erkannt. Über die in diesem Stadium der Krankheit gesteigerte Suicidbereitschaft ist wiederholt berichtet worden. GLATZEL (1977), GÖLLNITZ (1975)
Die angeführten Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen, wenn man die Entwicklung zum Suicid eines Menschen beleuchten möchte. Wir haben deshalb in unserer Untersuchung auf die ausführliche Darstellung der Ursachen, die zur Selbstmordhandlung führten, bewußt verzichtet und durch die Erfassung persönlicher und sozialer Daten ersetzt. Damit sollen als ein weiteres Ziel dieser Arbeit einige Faktoren zusammengestellt werden, die in Zusammenhang mit

der gesamten Lebenssituation des Menschen, einen Hinweis auf eine erhöhte Suicidgefährdung geben können.

B Art der Datenerhebung

Es wurden nur solche Fälle analysiert, in denen die Opfer in das Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf überführt worden waren. Anhand der Daten, die uns zur Verfügung standen, konnten in den meisten Fällen mit Hilfe der Kriminalpolizei und der Wasserschutzpolizei (Suicide durch Ertrinken und Sprung von Brücken) die Aktenzeichen ermittelt und somit die Akten bei der jeweiligen Staatsanwaltschaft eingesehen werden. In den wenigen Fällen, in denen Gerichtsakten nicht verfügbar waren, wurden lediglich die Daten ausgewertet, die sich aus den Handakten des Instituts für Rechtsmedizin ergaben.
Die Ergebnisse sind nicht auf einen bestimmten Raum zu beziehen, da einerseits nicht alle Fälle aus dem Raum Düsseldorf, andererseits aber auch Fälle außerhalb dieses Gebietes erfaßt wurden. Deshalb sind mit den zur Verfügung stehenden Daten z. B. keine Selbstmordziffern berechenbar.
In jedem einzelnen Fall wurden die 20 folgenden Kriterien erfaßt:

1. Alter
2. Todesjahr
3. Todesmonat
4. Todestag (Montag bis Sonntag)
5. Beruf
6. Familienstand
7. Partnerschaftliche Beziehungen
8. Wohnsituation
9. Ort des Selbstmords

10. Sucht
11. Selbstmorddrohungen
12. wem gegenüber geäußert
13. vorherige Selbstmordversuche
14. zeitlicher Abstand des letzten Selbstmordversuchs zum vollendeten Suicid
15. Abschiedsbrief
16. Todesart
17. Drogen während des Selbstmords
18. Familie der Eltern
19. soziale Probleme
20. psychische und somatische Störungen

Durch diese Art der Aufarbeitung erhielt jeder Einzelfall eine 20-teilige Kenn-Nummer. So wurde die Auswertung durch elektronische Datenverarbeitung vorgenommen.
Wie aus den genannten Punkten ersichtlich ist, sind sowohl objektive Daten, als auch persönliche Situationen des Suicidenten festgehalten worden.
Da nicht bei allen Personen alle 20 Daten vollständig zu erfassen waren, z. B. der Todestag bei länger liegenden Leichen, ergeben sich in der Gesamtzahl der einzelnen Punkte häufig unterschiedliche Summen.
Minimale Fehler sind auch durch das Auf- und Abrunden der Prozentzahlen bedingt, die nicht besonders korrigiert wurden. Die Prozentangaben im Text wurden entweder auf die Gesamtzahl der untersuchten Fälle bezogen, oder nur auf einen speziellen Teilbereich, wenn die Angaben

zu dem untersuchten Punkt nicht bei allen Fällen vorlagen.
Auf Besonderheiten des einzelnen Falls, die beim Durchsehen der Akten ersichtlich wurden, wird jeweils hingewiesen.

C Untersuchungsergebnisse

1. Geschlechts- und Altersverteilung

Tabelle 1, Abbildung 1

Insgesamt wurden 154 Fälle, 108 Männer, 46 Frauen, ausgewertet. Das Geschlechtsverhältnis betrug somit 70,1 % : 29,9 % bzw. 2,34 : 1.
Das Überwiegen männlicher Suicidenten wird vielfach in der Literatur beschrieben. ASHFORD und LAWRENCE (1976), BECKER (1965), BÖCKER (1973). Nach der Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) lag der Anteil der Männer im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, die in den Jahren von 1974 bis 1977 Selbstmord begingen, bei 73,4 %. SCHEEL (1976) gab für NRW für die Jahre 1959 bis 1973 einen Anteil männlicher Jugendlicher am Suicidgeschehen in der Altersgruppe 14 bis 18 Jahre von 68,9 % an, für die Alterggruppe der 18- bis 25jährigen von 75,8 %

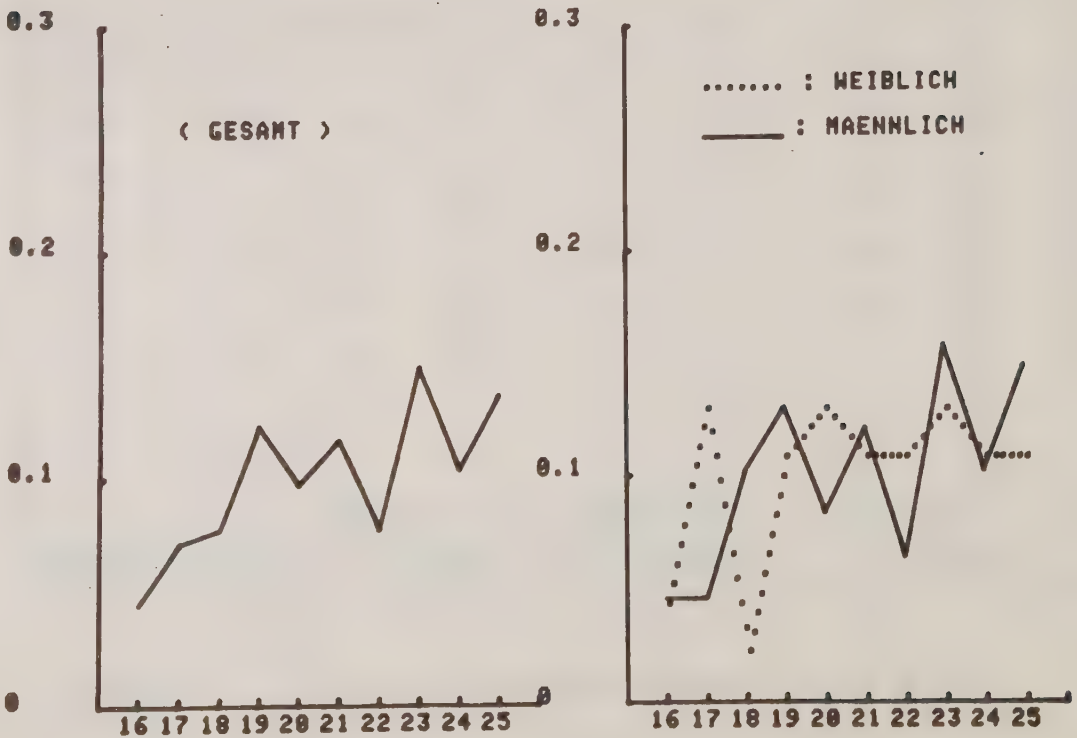
Die Altersverteilung der untersuchten Fälle zeigt mit zunehmendem Lebensalter (-25 Jahre) ein leichtes Ansteigen der Suicidkurve. Auffallend ist die relative Konstanz der Anzahl der Selbstmorde bei den Frauen, vor allem in der Altersgruppe der 19- bis 25jährigen.

TABELLE 1 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DAS ALTER

ALTER	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
16	5	5	2	4	7	5
17	5	5	6	13	11	7
18	11	10	1	2	12	8
19	14	13	5	11	19	12
20	9	8	6	13	15	10
21	13	12	5	11	18	12
22	7	6	5	11	12	8
23	17	16	6	13	23	15
24	11	10	5	11	16	10
25	16	15	5	11	21	14
ZUSAMMEN	108	100	46	100	154	100

ABB. 1: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DAS ALTER

(↑ REL. HAEUFIGKEITEN ; --> ALTER IN JAHREN)



2. Die Verteilung der Fälle über die Jahre 1970 bis 1977

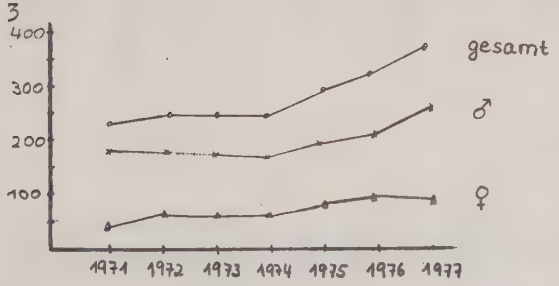
Tabelle 2, Abbildung 2

Die Werte zeigen einen Anstieg der Selbstmordfälle in den letzten Jahren. Bei den männlichen Suicidenten fällt ein stetiger Anstieg der Kurve auf, bei den weiblichen ein Gipfel in den Jahren 1972 bis 1974.
Im Vergleich dazu die Daten aus den Statistiken des Landes Nordrhein-Westfalen:

Tab. 3

	männl.	weibl.	gesamt
1971	182	47	229
1972	180	63	243
1973	180	64	244
1974	177	63	240
1975	207	83	290
1976	223	98	321
1977	269	96	365

Abb. 3



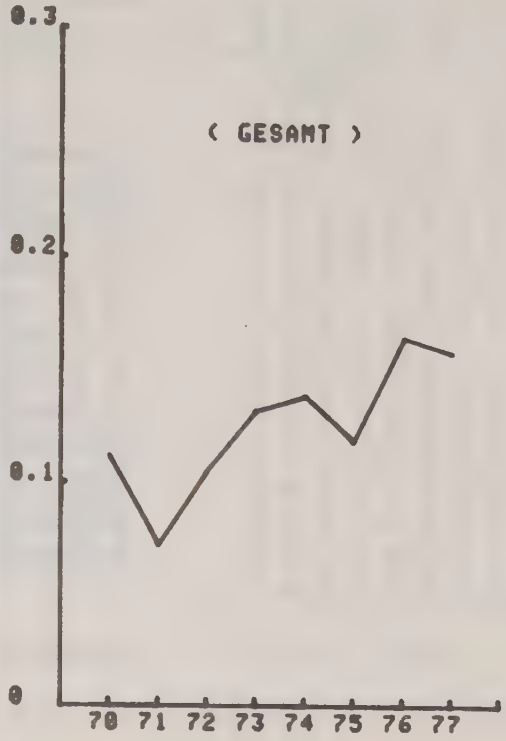
Tab. 3 und Abb. 3: Selbstmord und Selbstbeschädigung in NRW, Altersgruppe 15 bis 25 Jahre

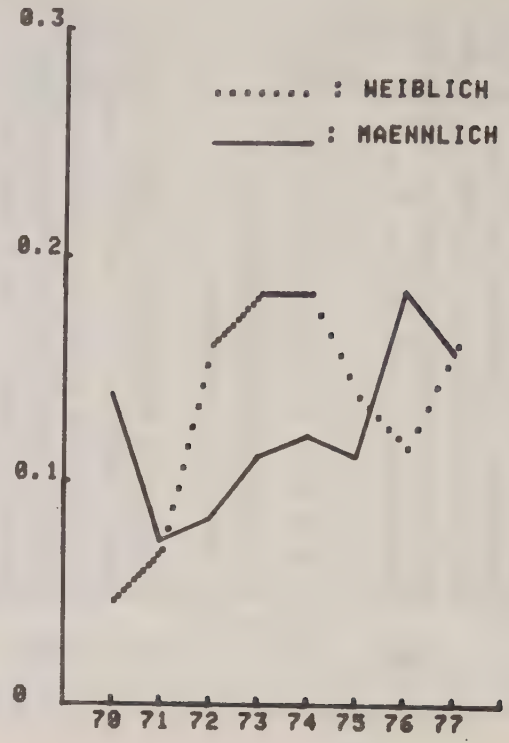
TABELLE 2 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DIE JAHRE

JAHRE	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
1970	15	14	2	4	17	11
1971	8	8	3	7	11	7
1972	9	8	7	15	16	11
1973	12	11	8	17	20	13
1974	13	12	8	17	21	14
1975	12	11	6	13	18	12
1976	20	19	5	11	25	16
1977	17	16	7	15	24	16
ZUSAMMEN	106	100	46	100	152	100

ABB. 2: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DIE JAHRE

(↑ REL. HAEUFIGKEITEN ; --> JAHRE)





Insgesamt stiegen in der Altersgruppe der 15- bis 25-jährigen in Nordrhein-Westfalen die Selbstmorde an. Es zeigt sich die stetige Zunahme sowohl der männlichen als auch der weiblichen Suicidenten.

3. Jahreszeitliche Verteilung

Tabelle 4, Abbildung 4

Besonders im Frühsommer und etwas geringer im Winter steigt die Kurve der Suicidenten deutlich an. JACOBZINER (1965) fand in einer Untersuchung von Selbstmordfällen bei 597 Jugendlichen eine Häufung der Fälle in den Monaten April bis Juni, mit einem Maximum im Mai. Die wenigsten Fälle waren im September registriert.
Ähnliche Ergebnisse liegen von STENGEL (1969), WENZ (1977) und BECKER (1965) vor.
Andererseits berichtet DANNEEL (1975), daß in Deutschland junge Leute gehäuft im Herbst und im Winter Suicid begehen. Dieser Trend konnte durch unser Kollektiv nicht bestätigt werden.

4. Verteilung über die Wochentage

Tabelle 5, Abbildung 5, 6, 7

In der Gesamtverteilung der Fälle (Abb. 5) ist der Gipfel am Montag auffallend, wahrscheinlich

TABELLE 4 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DEN MONAT

MONAT	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
JANUAR	10	10	3	7	13	9
FEBRUAR	12	12	2	5	14	10
MAERZ	4	4	4	9	8	6
APRIL	5	5	6	14	11	8
MAI	13	13	4	9	17	12
JUNI	15	15	3	7	18	13
JULI	5	5	7	16	12	9
AUGUST	5	5	1	2	6	4
SEPTEMBER	5	5	2	5	7	5
OKTOBER	9	9	2	5	11	8
NOVEMBER	5	5	6	14	11	8
DEZEMBER	10	10	3	7	13	9
ZUSAMMEN	98	100	43	100	141	100

ABB. 4: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DIE MONATE

(↑ REL. HAEUFIGKEITEN ; --> MONATE IM JAHR)

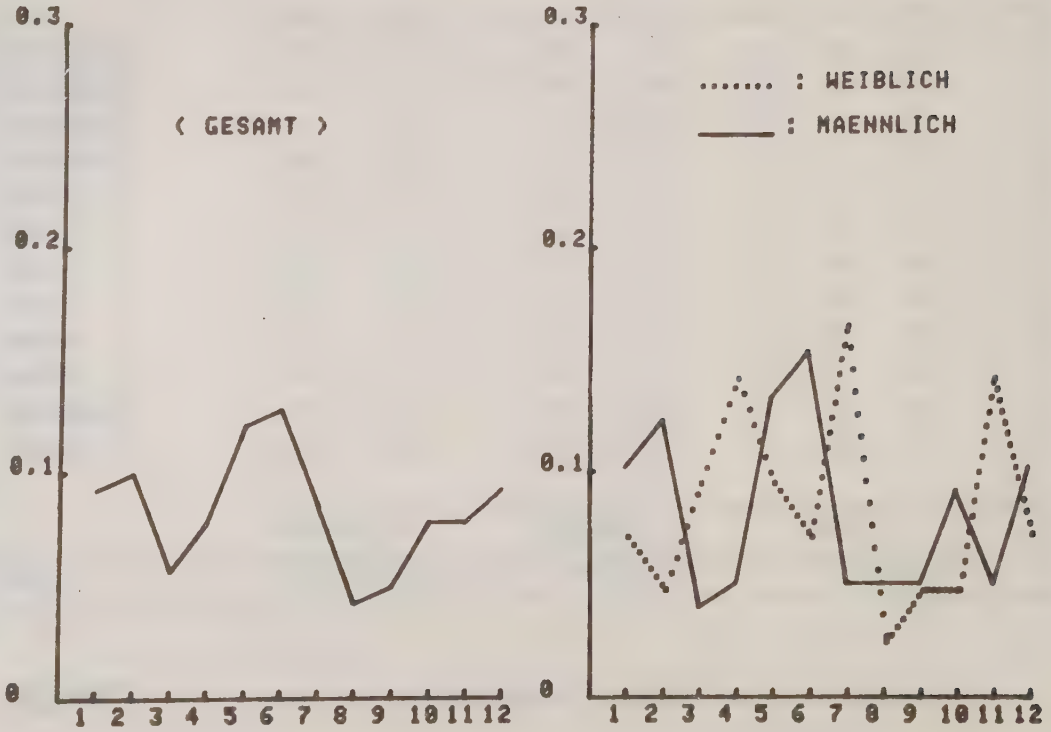
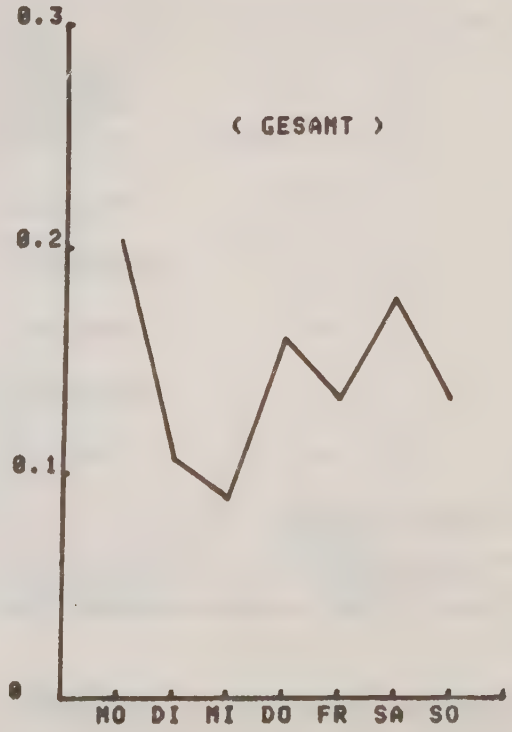


TABELLE 5 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DEN WOCHENTAG

WOCHENTAG	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
MONTAG	16	21	7	19	23	20
DIENSTAG	10	13	2	5	12	11
MITTWOCH	4	5	6	16	10	9
DONNERSTAG	13	17	5	14	18	16
FREITAG	13	17	2	5	15	13
SAMSTAG	14	18	6	16	20	18
SONNTAG	6	8	9	24	15	13
ZUSAMMEN	76	100	37	100	113	100

ABB. 5: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DIE WOCHENTAGE

(↑ REL. HAEUFIGKEITEN ; --> WOCHENTAGE)



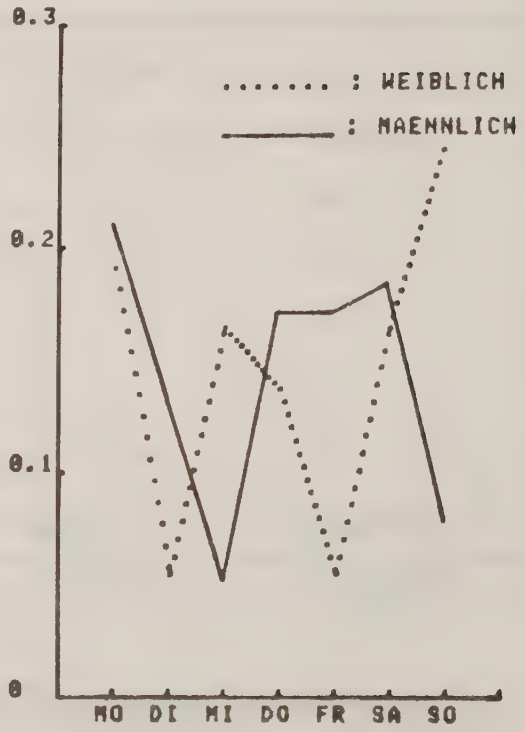


ABB. 6: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DIE WOCHENTAGE
(SUICIDENTEN OHNE PARTNER)

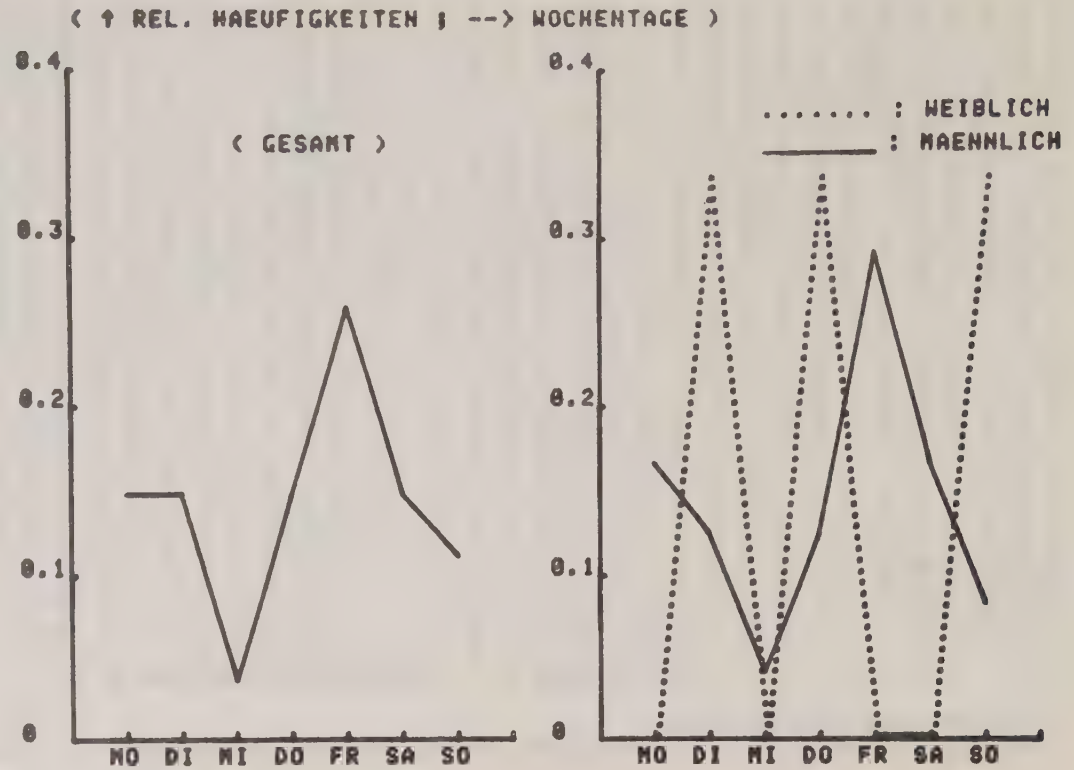
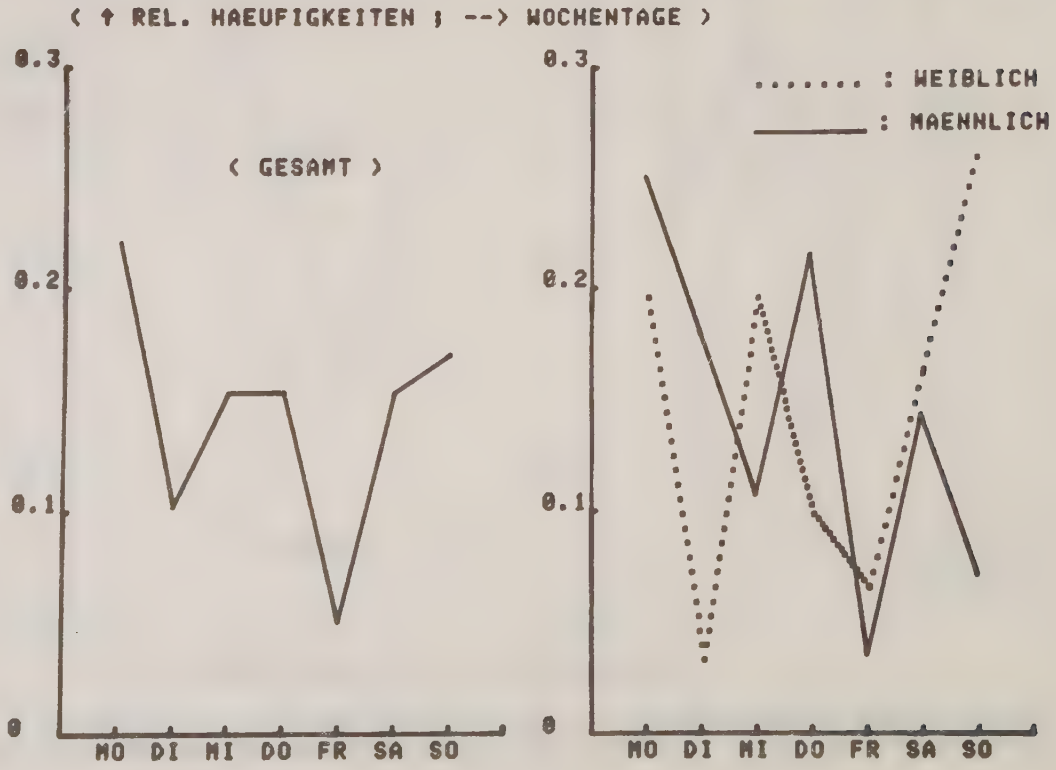


ABB. 7: VERTEILUNG DER RELATIVEN HAEUFIGKEITEN UEBER DIE WOCHENTAGE
(SUICIDENTEN MIT PARTNER)



bedingt durch die hohe Selbstmordrate von Sonntag nacht auf Montag früh. Einen weiteren Anstieg sieht man am Wochenende mit unterschiedlichem Anteil männlicher und weiblicher Suicidenten. Bei den Frauen liegt die Selbstmordrate freitags sehr niedrig und sonntags relativ hoch, Männer zeigen ein entgegengesetztes Verhalten.
Da Partnerschaftsverhältnisse beim Suicid am Wochenende eine Rolle spielen sollen, wurde die Beziehung zwischen Selbstmord an den einzelnen Wochentagen und Partnerschaftsverhältnissen untersucht. Alleinstehende zeigen danach freitags die höchste Selbstmordrate, Suicidenten mit Partner begingen gehäuft montags Suicid, freitags dagegen war bei ihnen die Selbstmordrate gering. Dieser Vergleich mag eine Erklärung für die allgemein niedrige Selbstmordhäufigkeit bei Frauen am Freitag sein, denn bei unserem Kollektiv waren nur 3 Frauen alleinstehend, dagegen waren 31 Männer ohne Partner.
OTT (1974) fand durch eine Untersuchung über reaktive Selbstmordversuche im Erwachsenen- und Jugendalter ebenfalls eine Häufung der Suicidfälle am Sonntag und Montag und ein Minimum am Freitag. Er vermutet, daß sich Konflikte in Familie Ehe und Partnerschaft gerade am Wochenende zuspitzen, und er erklärt die minimale Selbstmordrate am Freitag damit, daß die Jugendlichen sich von dem bevorstehenden Wochenende die Lösung ihrer Probleme erhoffen und latente Selbstmordpläne erst gegen Ende der Woche, also sonntags und in der Nacht auf Montag wieder akut werden.
Unsere Untersuchung weist in die gleiche Richtung.

5. Berufliche Beteiligung

Tabelle 6

Erschwert wurde die Auswertung über berufliche Betätigung dadurch, daß in den Statistiken des Landes NRW und des Bundes keine vergleichbaren Aufstellungen für die Altersklasse 16 bis 25 Jahre zu finden waren. Da der prozentuale Anteil der einzelnen Berufsgruppen aber für dieses Alter charakteristisch ist (Auszubildende, Akademiker, Hausfrauen) konnten in unserer Untersuchung die Fälle nur untereinander verglichen werden.
In unserem Kollektiv haben die Angestellten und die Auszubildenden den größten Anteil am Suicid. Dabei machen bei den Frauen die Angestellten fast 50 % aller Fälle aus, bei den Männern sind es nur 20 %. Auffallend ist weiterhin, daß bei den Männern die Arbeiter den höchsten Prozentsatz erreichen (21 %), während bei den Frauen diese Berufsgruppe gar nicht vertreten ist. Im Vergleich dazu errechnet sich nach FUCHS (1974) aus einer Studie über Selbstmorde im Raum Düsseldorf der Anteil der Arbeiterinnen (alle Altersgruppen) auf 2,5 % der weiblichen Suicidenten. BÖCKER (1973) dagegen gibt für den Raum Köln einen Anteil der Arbeiterinnen am Suicidgeschehen von 13,2 % an. Hausfrauen sind in der von uns untersuchten Altersgruppe kaum vertreten (3 Fälle). Sie spielen jedoch in Statistiken, die alle Altersgruppen einbeziehen, eine wesentliche Rolle. Bei BÖCKER (1973) sind es 39,3 %. Bei diesen Betrachtungen ist allerdings zu beachten, daß Frauen häufig aufhören

TABELLE 6 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DEN BERUF

BERUF	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
ARBEITER	21	21	0	0	21	15
ANGESTELLTE	20	20	20	49	40	28
BEAMTE	1	1	0	0	1	1
FREISCHAFFENDE	2	2	1	2	3	2
HANDWERKER	10	10	0	0	10	7
AUSZUBILDENDE	27	27	12	29	39	28
HAUSFRAU	0	0	4	10	4	3
SOLDAT	4	4	0	0	4	3
ARBEITSLOSE	12	12	1	2	13	9
OHNE BERUF	3	3	3	7	6	4
ZUSAMMEN	100	100	41	100	141	100

zu arbeiten, wenn sie ein Kind bekommen, eine familiäre Situation, die einen gewissen Schutz vor Selbstmordhandlungen bietet. SORREL (1972), STENGEL (1969).
Relativ niedrig ist auch der Anteil der arbeitslosen Frauen, nur eine Frau, während bei den Männern 12 Suicidenten arbeitslos waren.
Die Gruppe der Auszubildenden unterteilt sich in 8 Lehrlinge, 15 Schüler, 12 Studenten und 5 in sonstigen Ausbildungsverhältnissen Stehenden. Auffallend ist, daß über die Gruppe der Studenten nur sehr wenig Informationen zu erhalten waren. Als Ursache kann angesehen werden, daß die Beziehung zur sozialen Umwelt, die nach einem Suicid zur Informationsgewinnung herangezogen wird, gestört war. In diesem Zusammenhang zeigt sich folgendes: Verwandte konnten zur Klärung des Falles nur ungenügende Angaben machen, nur bei einem Studenten wurde über eine feste Beziehung zum anderen Geschlecht berichtet, 83 % der Suicidenten lebten allein.
Entgegengesetzt dazu stellt sich die Situation bei den Schülern dar. Durch den meist noch engen räumlichen Kontakt mit dem Elternhaus erweist sich die soziale Umgebung als besser überschaubar. Entsprechend umfangreich waren die uns zugänglichen Informationen. Der Selbstmord bei Schülern soll deshalb näher betrachtet werden.
Die meisten der Schüler besuchten das Gymnasium, einer das Abendgymnasium, drei berufsbildende Schulen. Nur in 2 Fällen waren schlechte Schulleistungen eine offensichtliche Ursache für den

Selbstmord, in den anderen Fällen kamen verschiedene Schwierigkeiten zusammen: familiäre Differenzen, problematische Partnerschaften, Straftaten.

Als Beispiel für das Zusammentreffen verschiedener Faktoren sei der Fall eines 18-jährigen Schülers zitiert:

> Die Mutter hatte ihn schon im Säuglingsalter nicht akzeptiert, die psychischen Umstände blieben entsprechend problematisch. Zum Vater bestand angeblich ein gutes Verhältnis. Die Ehe der Eltern stand kurz vor der Scheidung. So ist es nicht verwunderlich, daß der Junge Schwierigkeiten in der Schule hatte. Am Abend vor der Tat beging er mit Freunden einen Einbruch und wurde zur Ermittlung der Personalien von der Polizei für kurze Zeit festgenommen. Nach seiner Freilassung erhängte er sich am frühen Morgen im Büro seines Vaters.

Für unsere Untersuchung ist der hier zitierte Fall eines Schüler-Selbstmords mit seinen vielschichtigen Hintergründen als typisch anzusehen. MISSEM (1976) schreibt, daß Selbstmordhandlungen bei Schülern nur dann vorgenommen werden, wenn schwerwiegende Mängel in der Eltern-Kind Beziehung oder in der Persönlichkeitsstruktur des Kindes vorliegen.

OTTO (1972) stellt in einer Untersuchung fest, daß nur 23 % der Schüler Schulschwierigkeiten als Ursache für ihre suicidale Handlung angeben. Er zitiert REGNÉR (1970), der einen speziellen

Typ von Schulkonflikt, der unter Umständen zum Selbstmord führen kann, beschreibt. Dazu gehören hohe Anforderungen, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, weil sich der Schüler den Anforderungen nicht gewachsen fühlt, enttäuschte Eltern, die nachdrücklich verlangen, daß sich die Schulleistungen bessern.
In seltenen Fällen kann dann ein banaler Anlaß zum Suicid oder Suicidversuch führen.

6. Familienstand

Tabelle 7

Schon wegen des jugendlichen Alters waren in unserem Kollektiv die meisten Suicidenten ledig, und zwar bei den Männern 92 %, bei den Frauen 67 %. 75 % der Frauen hatten einen Partner (Freund oder Ehepartner), nur 7 % waren alleinstehend. Bei den Männern lag das Zahlenverhältnis bei 41 % mit Partner zu 32 % Alleistehenden. 24 % der Frauen und 7 % der Männer waren verheiratet, und lebten mit Ausnahme eines Mannes auch mit ihrem Ehepartner zusammen.
Geschieden waren 1 Mann und 4 Frauen (= 9 %). 3 Frauen lebten mittlerweile mit einem anderen Partner zusammen.

TABELLE 7 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DEN FAMILIENSTAND

FAMILIENSTAND	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
LEDIG	90	92	30	67	120	84
ALLEIN	29	30	3	7	32	22
MIT PARTNER	34	35	20	44	54	38
OHNE ANGABE	27	28	7	16	34	24
VERHEIRATET	7	7	11	24	18	13
ALLEIN	1	1	0	0	1	1
MIT PARTNER	6	6	11	24	17	12
OHNE ANGABE	0	0	0	0	0	0
GESCHIEDEN	1	1	4	9	5	3
ALLEIN	1	1	0	0	1	1
MIT PARTNER	0	0	3	7	3	2
OHNE ANGABE	0	0	1	2	1	1
ZUSAMMEN	98	100	45	100	143	100

7. Partnerschaftliche Beziehungen

Tabelle 8

Wenn auch sehr viele Suicidenten Partner hatten und so nicht alleinstehend waren, so ergaben sich gerade aus den partnerschaftlichen Beziehungen Probleme, bei den Frauen in 26 und bei den Männern in 29 Fällen. Nur in 10 Fällen wurde über problemlose Partnerschaft berichtet. Folgende Ursachen wurden für die Schwierigkeiten genannt:

	männl.	weibl.	gesamt
Trennung	8	7	15
Gewalt	5	5	10
Streitigkeiten	1	9	10
Eifersucht	7	2	9
sex. Schwierigkeiten	4	2	6
sozial problematische Partnerschaft	1	4	5
sonstiges	2	4	6

Doppelnennungen sind bei dieser Zusammenstellung möglich

In 10 % aller Fälle spielte die Trennungsproblematik eine wesentliche Rolle als Ursache für die Suicidhandlung. Dabei handelte es sich nicht nur um akute Konflikte. Die real vollzogene Trennung konnte durchaus längere Zeit zurückliegen, ohne daß der Suicident sie tatsächlich als endgültig betrachtet hätte.

Als extremes Beispiel sei der Fall eines 23-jährigen Mannes zitiert, der in den 2 Jahren nach der Trennung von seiner Freundin

TABELLE 8 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF SOZIALE BEZIEHUNGEN

BEZIEHUNG	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
PROBLEMLOSE PARTNERSCHAFT	5	9	5	15	10	11
PROBLEMATISCHE PARTNERSCHAFT	29	52	26	76	55	61
EINSAMKEIT KONTAKTSCHWAECHE HEIMWEH	22	39	3	9	25	28
ZUSAMMEN	56	100	34	100	90	100

immer wieder mit Nachdruck versucht hatte, mit seiner ehemaligen Partnerin, die seit einem Jahr glücklich verheiratet war, Kontakt aufzunehmen.

Gewalt machte die Partnerschaft sowohl bei Männern als auch bei Frauen, bei letzteren prozentual etwas häufiger, in 10 Fällen problematisch. Dabei waren die Männer gewalttätig, während die Frauen mißhandelt wurden.
Bei Menschen, die Suicid begehen, ist Gewalt in der Partnerschaft zum Teil wahrscheinlich damit zu erklären, daß vor der Tat eine Verhaltensänderung dahingehend auftritt, daß Gespäche zwischen den Partnern immer seltener auftreten und durch affektgesteuertes Verhalten ersetzt werden (SPAETE (1973), siehe auch Kapitel Selbstmorddrohungen).

Streitigkeiten der Partner untereinander spielten vor allem für Frauen eine Rolle. In einem Fall, in dem ein Mann nach wiederholten Differenzen Selbstmord beging, hatte die Freundin 2 Tage zuvor ebenfalls einen Selbstmordversuch unternommen.

Weitere Probleme ergaben sich in einer Partnerschaft aus Eifersucht und sexuellen Schwierigkeiten und auch aus der Tatsache, daß Verbindungen mit ausländischen Arbeitnehmern von der Umwelt nicht sanktioniert wurden.

Einsamkeit, Kontaktschwäche, Heimweh wurden bei 25 Suicidenten als mögliches Motiv angegeben. Die Zahl liegt wahrscheinlich noch höher, weil die genannten Faktoren der Umwelt weniger auffallen und bei den Ermittlungen schwierig zu erfassen sind.

BECKER (1965) sieht gerade bei den Kontaktgestörten und Alleingelassenen die Gefahr des Selbstmords aus scheinbar nichtigem Anlaß für besonders groß an. Das Verlassenheitsgefühl kann sich in einer banalen Situation ins Unerträgliche steigern und läßt die latente Verzweiflung akut werden, so daß es dann leicht zum Selbstmord kommen kann.

PARNITZKE und REGEL (1973) sehen ungelöste Partnerkonflikte, intrafamiliäre Spannungen und Isolierung, also Störungen im kommunikativen Bereich, als wichtigste Hintergründe für suicidale Handlungen an. Die Folge dieser Störungen sind häufig Ausweich-, Angst-, Trotz- und Kurzschlußreaktionen, die dann zur Tat führen. Entscheidend ist letzten Endes, und das sollte nicht übersehen werden, stets die psychische Disposition.

Nicht selten sind auch aggressive Tendenzen erkennbar. Schließlich entspringen Tötung eines anderen Menschen und Selbsttötung einer Wurzel. Ob sich die Aggression gegen sich selbst oder gegen einen anderen richtet mag der Augenblick oder die seelische Verfassung des Einzelnen entscheiden.

Zwei Beispiele aus unserem Untersuchungsmaterial sollen diese Behauptung belegen:

Ein 25-jähriger Mann stieß sich das Messer in die Brust, mit dem er unmittelbar zuvor seine Freundin ernsthaft bedroht hatte.

Ein 19-jähriger erschoß sich vor dem Haus seiner Freundin. Vorher hatte er einige Male gedroht, sie oder sich selbst umzubringen. Vor der Tat hatte er seine Freundin mehrfach aufgefordert, herunter zu kommen und mit ihm über ihr Problem zu sprechen. Als sie aus Angst den Wünschen des jungen Mannes nicht entsprach, tötete er sich selbst.

Eine solche Aggressionsreaktion, die gegen die eigene Person gerichtet ist, erklärt RINGEL (1976) als Endpunkt eines Teils des präsuicidalen Syndroms. Die Abreaktion nach außen wird durch psychische oder äußere Umstände gehemmt und richtet sich gegen sich selbst. Allerdings ist die Aggression in der Regel weniger offensichtlich, wie in den beiden zitierten Fällen.

8. Wohnsituation

Tabelle 9

Zur Wohnsituation ergibt die Untersuchung unserer Fälle, daß 66 % der Suicidenten nicht mehr bei ihren Eltern lebten. Von ihnen lebten 22 % allein, 27 % mit einem Partner zusammen und 10 % im Wohnheim. Bemerkenswert ist, daß 43 % der weiblichen Suicidenten, also fast die Hälfte aller erfaßten Frauen, zur Zeit der Tat mit einem Partner zusammen lebte, während dieser Anteil bei den Männern kaum halb so groß ist.

TABELLE 9 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DIE WOHNSITUATION

WOHNSITUATION	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
ALLEIN	16	23	8	22	24	22
BEI ELTERN	28	39	9	24	37	34
MIT PARTNER	13	18	16	43	29	27
WOHNHEIM	8	11	3	8	11	10
OHNE WOHNSITZ	1	1	1	3	2	2
JVA	3	4	0	0	3	3
KRANKENHAUS	2	3	0	0	2	2
ZUSAMMEN	71	100	37	100	108	100

9. Ort des Selbstmords

Tabelle 10

Über die Hälfte der Suicidenten unseres Kollektivs beging zu Hause Selbstmord, 38 % der Untersuchten waren allein, das heißt außerhalb ihres normalen sozialen Umfelds.
Bei einem Vergleich von Wohnsituation und Ort des Selbstmords kommt man zu folgendem Ergebnis: Die Alleinstehenden verübten bis auf 3, also zu 88 %, in der eigenen Wohnung Suicid, von denjenigen, die bei ihren Eltern wohnten, dagegen nur 57 % der Männer und 33 % der Frauen. 39 % der Männer und 66 % der Frauen der letzten Gruppe waren während der Tat allein. Von denjenigen, die mit einem Partner zusammen wohnten, begingen 62 % der Männer und 63 % der Frauen zu Hause Selbstmord, die übrigen allein. Von den 10 Suicidenten, die im Wohnheim lebten, verübten 4 Männer und 2 Frauen die Tat im Heim.

Zusammenhänge zwischen Wohnsituation, Ort des Selbstmords und der Methode zeigt Tabelle 11:

Wohnsituation	SM-Ort	SM-Methode hart	SM-Methode weich	gesamt
allein	zuhause	2 (1)	8 (6)	17
	allein	1 (-)	- (-)	1
b. Eltern	zuhause	13 (-)	3 (3)	19
	allein	8 (3)	3 (2)	16
m. Partner	zuhause	4 (4)	4 (6)	18
	allein	3 (2)	1 (3)	9
Wohnheim	zuhause	2 (-)	2 (2)	6
	allein	? (-)	- (1)	3

(Die Werte weiblicher Suicidenten in Klammern)

TABELLE 10 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DEN ORT DER SELBSTMORDE

ORT DES SM	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
ZU HAUSE	48	47	28	62	76	52
BEI BEKANNTEN	10	10	1	2	11	7
ALLEIN	40	39	16	36	56	38
JVA	4	4	0	0	4	3
ZUSAMMEN	102	100	45	100	147	100

Tabelle 11 zeigt folgendes:

Beim Wohnen allein in der eigenen Wohnung: Eindeutig werden, und zwar gleichermaßen von Männern wie von Frauen, die sogenannten weichen Suicidmethoden bevorzugt. Die Möglichkeit, noch rechtzeitig aufgefunden zu werden, ist bei denjenigen, die allein wohnen, relativ gering, so daß sowohl fest entschlossene Suicidenten Medikamente nehmen, als auch diejenigen, die in ihre Handlung eine "Gottesurteilfunktion" (STENGEL (1969)) legen.

Wohnen mit den Eltern zusammen: In dieser Gruppe hat sich, sowohl beim Selbstmord zuhause, als auch allein, ein hoher Prozentsatz der Männer für eine "harte" Selbstmordmethode entschieden, 77 % bzw. 66 %.

Wohnen mit einem Partner zusammen: Die Suicidenten zeigen keine Bevorzugung einer "harten" oder "weichen" Methode, unabhängig vom Geschlecht und vom Ort des Selbstmords.

10. Sucht

Tabelle 12

In unserer Untersuchung waren 6 Suicidenten alkoholkrank. Diese Zahl ist deutlich geringer, als die der Suicidenten, die rauschgiftabhängig waren. LESTER und BECK (1975) finden in einer Studie, daß Alkoholiker, die Selbstmord begehen, im allgemeinen ein höheres Durchschnittsalter aufweisen, als Rauschgiftabhängige (38 J.

TABELLE 12 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DIE ART EINER SUCHT

ART DER SUCHT	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
KEINE	25	36	10	34	35	35
UNKLAR	27	39	12	41	39	39
ALKOHOL	4	6	2	7	6	6
RAUSCHGIFT	10	14	3	10	13	13
FRUEHERE SUCHT	2	3	0	0	2	2
MEDIKAMENTE	1	1	0	0	1	1
ALKOHOL + DROGEN	1	1	2	7	3	3
ZUSAMMEN	70	100	29	100	99	100

bzw. 22 J.).
Regelmäßiger Rauschgiftkonsum kam bei 13 Suicidenten vor. Einmal wurden Medikamente, einmal Alkohol und weitere Drogen über längere Zeit eingenommen.
Die Verknüpfung von Sucht und Suicid wird u. a. von FEUERLEIN (1976) geschildert:

"1. Die Sucht führt durch ihre spezifische Problematik zu Selbstmordhandlungen.
2. Sucht und Selbstmordhandlung sind die Funktion gemeinsamer zugrundeliegender Faktoren."

MENNINGER (1938) stellte die Sucht - er schrieb speziell über Alkoholismus - als chronischen Selbstmord dar. Sie ist als Autoaggression zu verstehen, die,als Schutz angewandt, noch schwerere Autoaggressionen verhindern soll. Drogeneinnahme stellt dabei eine selbstzerstörerische Handlung dar, über deren Entgültigkeit sich der chronische Suicident am Anfang noch keine Gedanken machen muß. Wenn sich durch die Sucht, wie es Feuerlein postuliert, die äußeren Gegebenheiten negativ verändern, kann es ganz plötzlich zum Suicid kommen.

11. Selbstmorddrohungen

Tabelle 13

Ein mehr oder weniger großer Teil der Suicidenten kündet den Selbstmord an oder droht mit der Tat.
Eine Selbstmorddrohung, allgemein oder konkret, wurde von 30 % der Suicidenten unseres Kollektivs angekündigt, und zwar in 41 % der Fälle innerhalb einer Woche vor der Tat, in 26 % der Fälle längere Zeit vorher. Konkrete Ankündigungen wurden in 41 %, allgemeine in 26 % der Fälle bekannt. 33 % der Suicidenten machten Selbstmordankündigungen, ohne daß nähere Angaben ermittelt werden konnten.
RINGEL (1974) gibt für Selbstmordankündigungen vier Gründe an:

1. der Ruf nach Hilfe
2. Information der Umwelt
3. die Umwelt unter Druck setzen
4. Überfließen der Gedanken ohne besondere Absicht.

Der erste Punkt dürfte, so auch Ringel, wohl der häufigste sein. Bei fast allen Selbstmorden soll eine Ankündigung der Tat in irgendeiner Form stattfinden. Der niedrige Prozentsatz, bei dem über eine Ankündigung berichtet wird, läßt vermuten, daß Hinweise oft als solche nicht verstanden werden.
SPAETE (1973) schreibt in einer Arbeit über kommunikative Elemente suicidaler Handlungen, daß der Suicident vor der Tat eine Entwicklung durchmacht, in deren Verlauf er immer weniger in der

TABELLE 13 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF EINE SM-DROHUNG

ART DER DROHUNG	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
KEINE	67	74	25	63	92	70
ALLGEMEIN (1 WOCHE VORHER)	5	5	1	2	6	5
KONKRET (1 WOCHE VORHER)	7	8	3	7	10	8
ALLGEMEIN (LAENGER VORHER)	4	4	0	0	4	3
KONKRET (LAENGER VORHER)	2	2	4	10	6	5
JA (OHNE ANGABE)	6	7	7	17	13	10
ZUSAMMEN	91	100	40	100	131	100

Lage ist, mit seiner Umwelt in adäquater Weise zu kommunizieren. Bei dieser "Kommunikationsverarmung" kann es über die Stufe des affektbetonten Verhaltens, z. B. Gewalttätigkeiten, zum "destruktiven Schweigen" kommen, als deren einzige und letzte Kommunikationform der Suicid verbleibt. Es wird für die Umgebung des Suicidenten, die auf diese Art immer mehr aus dessen Kommunikationbereich herausgedrängt wird, immer schwerer, Hinweise zu erkennen, die auf einen Suicid hindeuten. So kommt für sie der Selbstmord oft überraschend. Nachträglich bestätigen sich aber nicht selten die von Spaete beschriebenen Verhaltensweisen.

Als Beispiel sei ein Fall aus unserem Untersuchungsmaterial angeführt:

> Ein 20-jähriger Mann, ein Selbstmordversuch vor einem Jahr. In letzter Zeit häuften sich die Streitigkeiten mit seiner Ehefrau, es kam zu Tätlichkeiten. Er kam immer seltener nach Hause. Am Abend der Tat ließ er seine Frau, ohne etwas zu sagen, allein im Lokal sitzen. Nachts randalierte er unter Alkoholeinfluß in der gemeinsamen Wohnung. Als er das Haus wieder verließ, lief seine Frau ihm nach, konnte aber nicht verhindern, daß er sich von einer Brücke in den Rhein stürzte.
>
> Selbstmordabsichten hatte er vorher nicht geäußert.

Anstelle des affektbetonten Verhaltens kann es allerdings auch zu einer Kommunikationverarmung mit dem Bild der Passivität, Gleichgültikeit

und Interesselosigkeit im Sinne der Veränderungen der Wertwelt (RINGEL (1976)) kommen, so daß es für den Laien sehr schwer sein wird, Selbstmordabsichten zu erkennen, da die Hinweise sehr diskret sind.
Ein anderer Grund, weshalb so selten über Selbstmorddrohungen berichtet wird oder so wenig darauf reagiert wird, kann sein, daß derjenige, an den sie gerichtet sind, diese Ankündigungen nicht adäquat aufnimmt. Selten sagt ein Suicident, daß er sich in der kommenden Nacht umbringen wolle. Auf eine so direkte Drohung hin würde seinem Gegenüber Verantwortung und der Zwang zum Handeln zugeschoben. Mehr oder weniger genaue Umschreibungen der Suicidabsichten werden von der Umgebung häufig so wahrgenommen, daß sie an der Ernsthaftigkeit der Ankündigung zweifelt. Das bedeutet aber, daß die akute Krise und der Appell an die Umgebung nicht aufgegriffen werden. Ein wesentlicher Ansatz zur Suicidprophylaxe wird damit vertan.
Ein Beispiel dazu aus unseren Fällen:

> Ein Psychologiestudent, 23 Jahre, litt unter starken Gemütsschwankungen, depressiv, ein Selbstmordversuch. Suicidabsichten hat er Freunden gegenüber wiederholt geäußert. Kurz vor der Tat hatte er ihnen auch eine Packung Schlaftabletten gezeigt, die er sich angeblich im Ausland besorgt hatte, um eine"Schlafkur" zu machen. Von seinen Freunden wurde er nicht als akut selbstmordgefährdet angesehen. Erst

eine Woche nach seinem Tod wurde er in seiner Wohnung aufgefunden.

Die Untersuchung, mit wem über den Selbstmord gesprochen worden war, zeigt, daß in erster Linie Freunde davon erfuhren. Eltern und andere Verwandte konnten nur zu einem geringen Anteil über Selbstmordankündigungen berichten. Oft konnte der Adressat allerdings aus dem Untersuchungsmaterial nicht ermittelt werden. Nur in einem Fall berichtete ein behandelnder Arzt über Selbstmordabsichten seines Patienten.
In Zusammenhang mit problematischer Partnerschaft ergibt sich folgendes Bild: 9 Männer und 8 Frauen unseres Kollektivs sprachen über Selbstmordabsichten, davon in ungefähr der Hälfte der Fälle wurden diese Äußerungen dem Partner gegenüber gemacht. Damit lag die Rate der Suicidankündigungen bei problematischer Partnerschaft nicht höher als in der Gesamtprobe: bei Männern und Frauen jeweils bei 31 %.
Bei Ledigen ohne Partner wurde der Suicid in 34 % der Fälle angekündigt. Etwas geringer dagegen war die Rate bei denjenigen Suicidenten, die Probleme mit Einsamkeit, sozialem Kontakt und Heimweh hatten, der Anteil lag bei 20 % der Fälle.

12. Vorangegangene Selbstmordversuche

In 52 Fällen, das sind 34 % unseres gesamten Kollektivs, wurde in der Vorgeschichte über Selbstmordversuche berichtet:

1 SMV in 32 Fällen
2 SMV in 9 Fällen
3 SMV in 8 Fällen
4 SMV in 1 Fall.

In zwei Fällen, bei einem Mann und einer Frau, konnte die Anzahl der vorangegangenen Selbstmordversuche nicht ermittelt werden, in beiden Fällen sollen jedoch mehrere Versuche unternommen worden sein.

Die Verteilung nach dem Geschlecht ergibt folgendes Bild:

Tabelle 14

SMV	männl.	% der männl. F.	weibl.	% der weibl. F.
1	23	21	9	20
2	6	6	3	6
3	4	3	4	8
4	1	1	-	-
	34	31 %	16	34 %

Tabelle 14 zeigt, daß diejenigen Männer, die Selbstmord begehen, fast genau so viele Selbstmordversuche in der Vorgeschichte aufweisen, wie die Frauen, obwohl Frauen, wie sonst vielfach in der Literatur berichtet wird, eine höhere Rate an Selbstmordversuchen haben sollen als Männer.

OTTO (1972) versucht, diese Problematik folgendermaßen zu erklären: Junge Männer haben zwar zunächst einen größeren gesellschaftlichen Widerstand zu überwinden, haben aber dann nur noch eine schwache Abwehr gegenüber suicidalen Impulsen. Daher folgt bei ihnen einem Selbstmordversuch häufiger als bei Frauen ein vollendeter Suicid. Er meint, daß Selbstmordversuch bei männlichen Jugendlichen deshalb besonders ernst zu nehmen sind.
FEUERLEIN (1973) sieht im Selbstmordversuch einen wesentlichen Risikofaktor für vollendete Suicide. Dabei ist die Gefährdung umso größer, je weniger Zeit seit dem letzten Selbstmordversuch vergangen ist.
Feuerlein unterscheidet zwei Rezidivarten. Einmal den habituell suicidalen Patienten, der aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur immer wieder in kritischen Lagen Selbstmordhandlungen begehen wird, zum anderen den Patienten, bei dem die Tat keine Änderung der Situation herbeigeführt hat. Hier ist die Gefahr groß, daß er nach kurzer Zeit einen sehr ernsthaften neuen Selbstmordversuch unternehmen wird.
In unserem Kollektiv lag der letzte Selbstmordversuch vor dem vollendeten Suicid in 24 % der Fälle weniger als einen Monat, in 76 % der Fälle länger als einen Monat und in 39 % der Fälle länger als ein Jahr zurück.
Die hohe Anzahl der Suicidenten, deren Selbstmordversuch vor der vollendeten Tat schon längere Zeit zurücklag, weist in Anlehnung an die von Feuerlein beschriebenen Rezidivarten darauf

hin, daß auch der Patient stark suicidgefährdet ist, bei dem zuerst eine Reaktion der Umwelt auf den Selbstmordversuch erfolgte, die Lebenssituation sich aber auf Dauer nicht veränderte. Hier besteht die Gefahr, daß ein erneuter ernsthafter Selbstmordversuch nach längerer Zeit folgt.

13. Abschiedsbriefe

Abschiedsbriefe wurden bei 42 Suicidenten gefunden, also bei 27 % unseres Kollektivs, und zwar bei 27 % der männlichen und 28 % der weiblichen Suicidenten.
Die relative Anzahl der Abschiedsbriefe bei Selbstmorden ist damit etwas größer bei unserer Untersuchung, als meist in der Literatur angegeben wird. TUCKMAN, KLEINER und LAVELL (1959) berichten, daß bei suicidalen Handlungen in 24 % der Fälle ihres Kollektivs Abschiedsbriefe hinterlassen wurden. TRUBE-BECKER (1970) fand in diesem Zusammenhang bei jugendlichen Suicidenten der Altersgruppe 16 bis 21 Jahre eine Häufigkeit von 20 %, LINDEN (1969) beim Selbstmordversuch sogar nur von 10 %.

14. Suicidmethoden

Tabelle 15

Fast die Hälfte der Suicidenten unserer Untersuchung verübte Selbstmord mit Hilfe der sogenannten "weichen" Methoden (Medikamente und Gift, Gas). Der Anteil der Todesfälle durch Medikamente betrug 47 %, drei Suicidenten starben an einer CO-Vergiftung durch Autoabgase. PARNITZKE (1965) berichtet, daß in den Jahren 1954 bis 1959 ein großer Teil der Suicidenten durch Leuchtgas aus dem Leben schied. Sowohl Männer als auch Frauen bevorzugten diese Todesart bei den "weichen" Selbstmordmitteln. ASHKHASSY (1969) fand bei einer Untersuchung über Selbstmordfälle bei Kindern und Jugendlichen im Raum Düsseldorf für die Jahre 1960 bis 1969 einen Anteil der Leuchtgasvergiftungen von 26,5 % der gesamten Suicidmethoden. 1970 war in Düsseldorf die Umstellung auf das ungiftige Erdgas abgeschlossen (Auskunft der Stadtwerke Düsseldorf). Somit schied diese Methode als Selbstmordmittel aus.
In 51 % der Fälle wurden "harte" Methoden gewählt. Am häufigsten waren: Erhängen (11 %), Ertrinken und Erschießen (je 10 %), Sprung von hohen Gebäuden (9 %) und der Tod auf den Zuggleisen (7 %). Aufgeteilt nach dem Geschlecht dominieren bei den Männern leicht die "harten" Methoden mit 60 %, während diese Tötungsarten bei den Frauen nur 30 % ausmachen.
Die Bevorzugung von "harten" Methoden bei den

TABELLE 15 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DIE TODESART

TODESART	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
MEDIKAMENTE	39	38	30	68	69	47
GAS	2	2	1	2	3	2
SCHNITT UND STICH	2	2	0	0	2	1
ERHAENGEN	14	13	2	5	16	11
ERTRINKEN	12	12	3	7	15	10
SPRUNG	10	10	4	9	14	9
STROM	1	1	0	0	1	1
ERSCHIESSEN	14	13	1	2	15	10
KOMBINATION	0	0	1	2	1	1
VERBRENNEN	1	1	1	2	2	1
VOR ZUG WERFEN	9	9	1	2	10	7
SONSTIGES	0	0	0	0	0	0
ZUSAMMEN	104	100	44	100	148	100

Männern und "weichen" Methoden bei den Frauen wird in der Literatur häufig bestätigt. SCHEEL (1976), LUNGERSHAUSEN (1968), DOTZAUER u. a. (1965). LINDEN (1969) wies auf die steigende Bedeutung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für den Selbstmord hin. BÖCKER (1973) berichtet über einen Anstieg der "weichen" Suicidarten bei männlichen Tätern.

Eine Selbstmordart, die in dieser Altersgruppe sicher eine Rolle spielt, in unserem Untersuchungsmaterial aber nicht vorkam, ist der Suicid mit dem Auto. In der Literatur findet diese Methode zunehmend Beachtung. HOFFMANN (1975), WALDRON und EYER (1975). SCHMIDT u. a. (1977) fanden bei tödlichen Autounfällen eine Selbstmordrate von 1,6 %. Meist wird darauf hingewiesen, daß die Klärung der Suicidabsicht bei Autounfällen schwierig ist. Die Methode soll aber vor allem bei jungen Männern (HOFFMANN (1975)) eine Rolle spielen. SELZER und PAYNE (1965) berichten in diesem Zusammenhang, daß bei Personen mit ernsthaften Selbstmordgedanken schwere Autounfälle wesentlich häufiger sind, als bei denen, die keine Selbstmordneigung haben. Hier spielen sicher auch unbewußte selbstzerstörerische Gedanken mit.

15. Drogen während des Selbstmords

Tabelle 16

In 77 Fällen unseres Untersuchungsmaterials waren aus den zur Verfügung stehenden Akten Angaben über den Blut-Alkohol-Spiegel und die Einnahme weiterer Drogen (ausgenommen Medikamente u. ä. bei den entsprechenden Vergiftungen) zu entnehmen. In 43 Fällen, das sind 28 % des gesamten Kollektivs, war die Blut-Alkohol-Kontrolle (BAK) positiv. 3 Suicidenten hatten gleichzeitig noch weitere Drogen eingenommen, 3 weitere standen unter Drogeneinfluß, ohne Alkohol getrunken zu haben.
Vergleichbare Zahlen finden sich in der Literatur. TRUBE-BECKER (1970) gibt bei Suicidenten zwischen 16 und 21 Jahren eine Rate von Selbstmorden unter Alkoholeinfluß von 26,8 %, SCHRÖDER (1973) bei Suiciden, die alle Altersgruppen erfassen, eine Rate von 25 %, LINDEN (1969) bei Selbstmordversuchen eine Häufigkeit von 32 % an. BÖCKER (1973) weist darauf hin, daß der Alkoholeinfluß bei suicidalen Handlungen bis zu einem Alter von 45 Jahren ansteigt, danach aber wieder absinkt. Bei Beobachtungen in den Jahren zwischen 1950 und 1967 fand er folgende Werte:

16 - 20 Jahre männlich 18,5 %, weiblich 4,4 %
21 - 30 Jahre männlich 35,4 %, weiblich 11,3 %
Anteil des Alkoholeinflusses bei suicidalen Handlungen

Unsere Untersuchung ergibt:

TABELLE 16 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DROGENEINNAHME

DROGEN	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
KEINE	21	38	10	45	31	40
0.1-0.5 0/oo BAK	4	7	1	5	5	6
0.5-1. 0/oo BAK	4	7	3	14	7	9
1. -1.5 0/oo BAK	9	16	3	14	12	16
1.5-2. 0/oo BAK	8	15	3	14	11	14
UEBER 2.0/oo BAK	2	4	0	0	2	3
ANDERE +ALKOHOL	3	5	0	0	3	4
ANDERE ALLEIN	2	4	1	5	3	4
ALKOHOL POSITIV (KEINE BAK-ANGABE)	2	4	1	5	3	4
ZUSAMMEN	55	100	22	100	77	100

16 - 20 Jahre männlich 31,8 %, weiblich 10,0 %
21 - 25 Jahre männlich 45,3 %, weiblich 34,6 %
Anteil des Alkoholeinflusses bei den Suiciden-
ten unseres Kollektivs

Die Aufstellung zeigt, daß in unserer Probe Alkohol eine größere Rolle spielt, als Böcker für frühere Jahre angegeben hat. Besonders auffallend ist die Bedeutung des Alkohols bei weiblichen Suicidenten im Alter zwischen 21 und 25 Jaren.

Um mögliche Zusammenhänge zwischen Drogeneinfluß und der gewählten Selbstmordart zu ermitteln, wurden für beide Geschlechter die "harten" und die "weichen" Suicidmethoden der Drogeneinnahme gegenübergestellt.

Tab. 17

	"harte" M.		"weiche" M		Gès.
	m.	w.	m.	w.	
0,1 - 0,5 %o Alkoh.	-	-	3	1	4
0,5 - 1,0 %o	1	1	3	2	7
1,0 - 1,5 %o	6	-	3	2	11
1,5 - 2,0 %o	8	1	-	2	11
über 2,0 %o	2	-	-	-	2
weitere Drogen + Alk.	1	-	2	-	3
weitere Drogen o. Alk.	2	1	-	-	3
Alk. pos. ohne BAK-Angabe	1	1	1	-	3

Tabelle 17 zeigt, daß bei Männern unter zunehmendem Alkoholeinfluß der Trend mehr zu den "harten" Suicidmethoden geht, während Frauen auch unter Alkoholeinfluß mehr zur Anwendung "weicher" Methoden neigen.

16. Familie der Eltern

Tabelle 18

Angaben über die Familie der Eltern lagen in 83 Fällen vor. Bei 47 Suicidenten waren die Verhältnisse im Elternhaus problematisch. Meistens waren die Eltern geschieden, lebten getrennt oder ein Elternteil war verstorben. Probleme rein psychischer Art wurden nicht erfaßt.

Suicident lebte nur bei einem leiblichen Elternteil	40	48,2 %
sonstige problematische Verhältnisse im Elternhaus	7	8,4 %
nicht problematische Verhältnisse im Elternhaus	36	43,4 %

Wie die Aufstellung zeigt, macht der Anteil der Jugendlichen, die nur bei einem leiblichen Elternteil lebten oder aufgewachsen waren, einen sehr hohen Prozentsatz aus.

Die Verhältnisse im Elternhaus jugendlicher Suicidenten sind häufig untersucht worden. THOMAS und GREENSTREET (1973) weisen auf die hohe Selbstmordrate Jugendlicher hin, deren Eltern getrennt leben oder geschieden sind. PARNITZKE und REGEL (1972) berichten, daß jugendliche Suicidenten in 40 % der Fälle nur einen leiblichen Elternteil haben.

JACOBZINER (1965) nennt als Hintergründe für die hohe Selbstmordrate Jugendlicher, in deren Elternhaus die Verhältnisse problematisch waren, Gefühle von Unsicherheit, Frustration, Depression, des Unerwünscht- und Alleinseins, ein Mangel an Sympathie, Verständnis und keine Mög-

TABELLE 18 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF DIE VERHAELTNISSE IM ELTERNHAUS

SITUATION	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
PROBLEMLOS	23	40	13	50	36	43
PROBLEMATISCH	34	60	13	50	47	57
ZUSAMMEN	57	100	26	100	83	100

lichkeit, sich auszusprechen, wenn man in Schwierigkeiten ist.

HOLTZEM (1972) berichtet, daß bei einer "broken home"-Situation die Anzahl der vorangegangenen Selbstmordversuche höher liegt als bei einer Kontrollgruppe. Diesem Gesichtspunkt ist auch in unserer Untersuchung nachgegangen worden, und es zeigt sich, daß bei Suicidenten mit problematischen Verhältnissen im Elternhaus in 43 % der Fälle Selbstmordversuche in der Vorgeschichte nachzuweisen sind, im Gegensatz zu einer Häufigkeit von 34 % in unserem gesamten Kollektiv.

17. Soziale Probleme

Zwei Aspekte sozialer Probleme wurden herausgegriffen, einmal berufliche Schwierigkeiten zum anderen Staftaten und Inhaftierung.

Tab. 19

	männl.	% m.	weibl.	% w.
berufliche Schwierigkeiten	23	21	7	15
Straftaten Inhaftierung	23	21	1	2

Tabelle 19 zeigt, daß 21 % der männlichen und 15 % der weiblichen Suicidenten Schwierigkeiten im Beruf hatten. Die meisten Probleme entstanden durch Entlassung, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder vor dem Examen. Zwei Suici-

denten hatten am Arbeitsplatz Diebstähle begangen. Hier kamen zu den Problemen der beruflichen Konsequenzen die Schwierigkeiten, die sich aus den Straftaten ergaben.
Auffallend ist, daß bei 21 % der männlichen und nur bei 2 % der weiblichen Suicidenten Straftaten und Inhaftierung eine Rolle gespielt haben. Die Delikte reichen vom kleinen Diebstahl bis zum Mord. Allerdings sind gemeinsame Aspekte, wie z. B. vermehrte aggressive Tendenzen der Täter vor dem Suicid, in unserem Untersuchungsgut nicht festzustellen.
3 Männer verübten in der Justizvollzugsanstalt Selbstmord.

18. Psychische und somatische Störungen

Tabelle 20, 21, 22

Bei 65 Suicidenten bestanden schon vor der Tat psychische Störungen. 18 Suicidenten waren wegen Depressionen verschiedener Ursache in ärztlicher Behandlung, bei 28 Suicidenten waren vom Umfeld depressive Verstimmungen angegeben worden. In 19 Fällen lagen psychische Veränderungen nicht depressiver Art vor. 5 Suicidenten hatten eine Schizophrenie, 4 Wesensveränderungen bei einer Sucht.
Bei Schizophrenie sind, wie LINDEN (1969) berichtet, gerade junge Menschen im Anfangsstadium der Krankheit verstärkt gefährdet. EASTWOOD und

TABELLE 20 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF KRANKHEITEN

KRANKHEIT	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
AERZTL. BEH. DEPRESSION	13	26	5	22	18	25
VOM UMFELD ANGEGE-BENE DEPRESS. VERSTIMMUNG	20	40	8	35	28	38
SONSTIGE PSYCH. ERKRANKUNG	11	22	8	35	19	26
LEICHTE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	6	12	2	9	8	11
SCHWERE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	0	0	0	0	0	0
ZUSAMMEN	50	100	23	100	73	100

PEACOCKE (1975) geben an, daß im Vergleich zu anderen Psychosen, das Durchschnittsalter schizophrener Suicidenten relativ niedrig ist.

Beziehungen zwischen psychischen Störungen und weiteren Faktoren unserer Untersuchung:
Selbstmorddrohungen: Bei psychischen Störungen wurde der Selbstmord besonders häufig angekündigt, 49 % der Fälle im Vergleich zu 30 % der Fälle unserer gesamten Probe.
Selbstmordversuche: 50 % der Suicidenten, die wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung waren, hatten vor dem vollendeten Suicid einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen. Im Gegensatz dazu hatten nur 39 % der Suicidenten mit nicht behandelten depressiven Verstimmungen Selbstmordversuche in der Vorgeschichte. Die hohe Rate von Suicidversuchen bei ärztlich behandelten psychischen Störungen ist sicher auch darauf zurückzuführen, daß als Folge des Selbstmordversuchs ein Arzt konsultiert wird, der als eine der grundlegenden Ursachen für die suicidale Handlung die psychische Veränderung erst erkennt.
Todesart: Die Wahl der Todesart bei Suicidenten mit psychischen Störungen unterschied sich nicht wesentlich von derjenigen der übrigen Probanden.

Gegenüber den psychischen Veränderungen spielten die somatischen Störungen zahlenmäßig nur eine geringe Rolle. Bei 8 Suicidenten waren leichte körperliche Erkrankungen angegeben.

TABELLE 21 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF KRANKHEITEN (SUICIDENTEN MIT VORHERIGEN SM-DROHUNGEN)

KRANKHEIT	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
AERZTL. BEH. DEPRESSION	4	20	2	15	6	18
VOM UMFELD ANGEGEBENE DEPRESS. VERSTIMMUNG	7	35	7	54	14	42
SONSTIGE PSYCH. ERKRANKUNG	8	40	4	31	12	36
LEICHTE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	1	5	0	0	1	3
SCHWERE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	0	0	0	0	0	0
ZUSAMMEN	20	100	13	100	33	100

TABELLE 22 ZAHL DER SELBSTMORDE BEZOGEN AUF KRANKHEITEN (SUICIDENTEN MIT VORHERIGEN SMV)

KRANKHEIT	MAENNLICH		WEIBLICH		ZUSAMMEN	
	ANZAHL	%	ANZAHL	%	ANZAHL	%
AERZTL. BEH. DEPRESSION	7	32	2	18	9	27
VOM UMFELD ANGEGEBENE DEPRESS. VERSTIMMUNG	8	36	3	27	11	33
SONSTIGE PSYCH. ERKRANKUNG	5	23	6	55	11	33
LEICHTE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	2	9	0	0	2	6
SCHWERE, NICHT PSYCH. ERKRANKUNG	0	0	0	0	0	0
ZUSAMMEN	22	100	11	100	33	100

D Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt wurden 154 Fälle jugendlicher Suicidenten im Alter von 16 bis 25 Jahren, die in der Zeit zwischen 1970 und 1977 in das Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf gelangten, erfaßt. Dabei wurden persönliche Daten und Umstände, die zur Selbstmordhandlung führten, sowie die Suicidarten festgehalten. Besonderes Gewicht wurde auf die Darlegung sozialer Beziehungen, z. B. partnerschaftliche und familiäre Verhältnisse, gelegt.

Im wesentlichen ergeben sich folgende Fakten:

1. Männliche Suicidenten überwiegen mit einem prozentualen Anteil von 70,1 %, während die weiblichen Suicidenten nur 29,9 % ausmachen. Diese Feststellung stimmt mit den Angaben anderer Autoren überein, die gleichfalls ein Überwiegen der Männer beim Suicid fanden.
2. Die meisten Selbstmorde geschehen im Frühsommer, ein weiterer Gipfel läßt sich im Winter feststellen.
3. Suicidenten, die einen Partner (Freund, Freundin, Ehepartner) haben, zeigen die höchsten Suicidraten montags, während für diesen Personenkreis freitags die Rate relativ niedrig ist. Alleinstehende Suicidenten begehen am häufigsten freitags Suicid.

4. 10 % der Untersuchten waren Schüler. Umstände und Anlaß zum Selbstmord sind auch in diesen Fällen in der Regel vielschichtig und nicht leicht zu erkennen.
5. Die partnerschaftlichen Beziehungen waren häufig gestört durch Trennungstendenzen, Gewalttätigkeit, Streitigkeiten, Eifersucht. In einigen Fällen wird Aggressivität gegen den Partner und auch gegen sich selbst deutlich.
   16 % der Fälle wiesen zudem Anzeichen von Kontaktschwäche und Einsamkeit auf.
6. Fast alle Suicidenten, die allein in einer eigenen Wohnung lebten, haben hier auch den Selbstmord verübt. Dabei sind in der Regel "weiche" Methoden angewandt worden (Tabletten).
7. 6 Suicidenten waren alkoholkrank und 13 rauschgiftsüchtig. Beziehungen zwischen Sucht und Suicid werden aufgezeigt.
8. 30 % der Suicidenten haben ihr Vorhaben vor der Tat angekündigt. Die verschiedenen Formen des Kommunikationsverhaltens vor dem Selbstmord und die Reaktionen der Umwelt werden erörtert.
9. Der eigentlichen Tat sind in 34 % der Fälle, und zwar gleich häufig bei Männern und bei Frauen, Selbstmordversuche vorausgegangen. Auf Selbstmordversuche als Risikofaktoren wird hingewiesen.
10. Bei den Suicidmethoden werden "harte" und "weiche" Methoden und die Verteilung auf die

Geschlechter einander gegenübergestellt. Trendänderungen im Verlaufe der Jahre werden aufgezeigt sowie auf die Dunkelziffer bei suicidalen Autounfällen hingewiesen.

11. Drogeneinnahme vor der Selbstmordhandlung ist bei 28 % der Fälle nachzuweisen. Dabei ist ein zunehmender Alkoholeinfluß bei weiblichen Suicidenten bemerkenswert. Bei Männern nimmt der Anteil "harter" Selbstmordmethoden mit steigendem Alkoholgehalt im Blut zu.
12. Sehr häufig lebten die Suicidenten nur bei einem leiblichen Elternteil.
13. In ungefähr einem Drittel der Fälle sind berufliche Schwierigkeiten oder begangene Straftaten nachzuweisen.
14. In 42 % der Fälle werden psychische Störungen angegeben. Ihre Relation zu Selbstmordankündigungen, vorangegangenen Selbstmordversuchen und die Wahl der Todesart werden dargelegt.

E Diskussion

Um die Bedeutung der untersuchten Punkte in der Praxis zu überprüfen, wurden am Schluß der Untersuchung die Ergebnisse mit der Psychotherapeutin Dr. Christina Crist aus Düsseldorf diskutiert. Die wesentlichsten Aspekte dieser Diskussion sollen auf den folgenden Seiten wiedergegeben werden.

Frage: Frau Dr. Crist, Sie arbeiten in einer kirchlichen Beratungsstelle und in freier Praxis als Analytikerin und Psychotherapeutin. Welchen Anteil nimmt in Ihrer Arbeit die Suicidgefährdung Jugendlicher ein?

Antwort: Nur ganz selten kommen Jugendliche mit konkreten Suicidabsichten zu mir zur Beratung. Im Vordergrund stehen bei ihnen durchweg ein diffuses Gefühl des Unbehagens, Angst, depressive Stimmungen, eventuell eine akute Problematik. Suicidankündigungen sind eher ein Nebenbefund in der Praxis, den man in der bei Ihnen untersuchten Altersgruppe allerdings fast immer findet, und der in seiner Bedeutung sehr ernst zu nehmen ist. Nach meiner Erfahrung bilden Jugendliche, die sich zur Beratung melden, fast immer psychische Notfälle.

Frage: Sie kennen die Ergebnisse meiner Arbeit. Können Sie diese aus praktischer Sicht bestätigen?

Antwort: Sie stimmen vielfach mit meinen Erfahrungen überein. Die Suicidproblematik hat ohne Zweifel zugenommen. Die Störungen auf familiärem als auch auf partnerschaftlichem Gebiet sehe ich in einer fehlerhaften Persönlichkeitsbildung in frühester Kindheit, eventuell schon durch einen Einfluß auf das Ungeborene über das Verhalten und die Einstellung der Mutter während der Schwangerschaft. Durch eine schlechte Eltern-Kind Beziehung oder auch Kind-Eltern Beziehung, die sich erst in der Familie ausprägt, kann sich später als Folge der gestörten Entwicklung des narzißtischen Systems auch keine gesunde partnerschaftliche Beziehung aufbauen. Für mich sind narzißtische Störungen bei der Suicidentwicklung von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund bin ich auch der Überzeugung, daß trotz Partnerschaft Kontaktschwäche und Einsamkeit, beides hier im weitesten Sinn gebraucht, bei Suicidenten einen sehr hohen Anteil der Störungen ausmachen.
Zum Punkt Selbstmordankündigung: Wie schon erwähnt, stelle ich bei fast allen Jugendlichen, die zur Beratung kommen, Hinweise auf Suicidgedanken fest. Diese Hinweise können sehr diskret sein, ihre Erkennung setzt dann Erfahrung und Aufmerksamkeit voraus. Besonders bei gestörter Beziehung des Jugendlichen zur Umwelt kann es geschehen, daß Hinweise auf Suicidabsichten von

dieser übersehen werden.
Immer wieder werde ich in meiner Arbeit mit der Drogenproblematik konfrontiert. Dabei ist bei sinkender Altersgrenze eine Zunahme des Alkoholkonsums bei beiden Geschlechtern feststellbar. Gerade bei Jugendlichen muß aber der Alkoholkonsum auch in seiner Appellfunktion gesehen werden, ein Hinweis auf eine bestehende Selbstwertproblematik.
Ähnliche Appellfunktionen haben auch viele Selbstmordversuche. Sie können die Möglichkeit der Selbstheilung über reaktive Veränderungen der Umwelt bieten oder auch ein Versuch sein, in psychische Behandlung zu kommen. In diese Zusammenhänge sind auch einige Unfälle und Krankheitsverläufe mit eventuell unbewußten autoaggressiven Tendenzen einzuordnen. Hier besteht dann primär der Wunsch, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und Hilfe zu erhalten.
Zum Problem der psychischen Störungen: Nach meiner Erfahrung müßte der Anteil schizophrener Erkrankungen weitaus höher sein. Ich sehe bei suicidgefährdeten Jugendlichen immer wieder schizophrene Züge verschiedenster, auch depressiver Art, borderline Fälle, die eine weitere Abklärung und Verlaufsbeobachtung notwendig machen. Der in dieser Arbeit niedrige Prozentsatz Jugendlicher mit der Diagnose Schizophrenie ist wahrscheinlich dadurch bedingt, daß nur ein geringer Anteil der Jugendlichen psychisch untersucht worden war.

Frage: Wechselwirkungen zwischen der Persönlichkeit des Suicidenten und der Umwelt spielen für die Suicidbereitschaft sicher die entscheidende Rolle. Inwieweit ist in Ihrer praktischen Arbeit die Umwelt für Sie erreichbar?

Antwort: Leider nur in ganz wenigen Fällen. Es ist zum Beispiel charakteristisch, daß sich nur selten die Eltern des gefährdeten Jugendlichen an mich wenden, sondern zumeist Krankenhäuser, Ärzte, selten auch der Freund oder die Freundin. Eine Einbeziehung der Familie scheitert meist von vorneherein an der mangelnden Bereitschaft der Eltern. So besteht im allgemeinen nur die Möglichkeit, bei der Persönlichkeit des Jugendlichen mit der Therapie anzusetzen.

Frage: Wie reagieren Sie, wenn ein Jugendlicher Ihnen gegenüber suicidale Handlungen ankündigt?

Antwort: Als Krisenintervention hat sich bei mir folgendes Verhalten bewährt:
Zunächst teile ich dem Jugendlichen meine echt empfundene Betroffenheit mit. Der Jugendliche muß das Gefühl bekommen, daß ich seine Absichten ernst nehme. Dann versuche ich herauszufinden, ob er schon konkrete Vorstellungen von der Tat hat und diskutiere sie mit ihm durch. Dabei ist mein primäres Ziel, mit ihm über die Bedeutung des Todes zu sprechen und ihm Angst vor dem Selbstmord zu machen. Ihm soll der Mut genommen werden, die Tat auszuführen. Zum Schluß muß ich die Möglichkeit

sehen, ihm eine, wenn auch manchmal nur vorläufige Alternative zum Selbstmord anzubieten. Gelingt es mir so nicht, die akute Suicidgefahr abzuwenden, muß ich den Jugendlichen, notfalls auch gegen seinen Willen, in eine Klinik einweisen lassen.
Eine weitere Aufarbeitung der Probleme muß in einer anschließenden Therapie erfolgen.

Frage: Sehen Sie Möglichkeiten, der Suicidgefährdung Jugendlicher wirksam vorzubeugen?

Antwort: Wenn man davon ausgeht, daß die Suicidbereitschaft bereits durch Störungen der Entwicklung in frühester Kindheit gefördert wird, so sollte eine wirksame Prophylaxe entsprechend früh einsetzen. Eine gesunde Mutter-Kind Beziehung beginnt schon in der Schwangerschaft. Dazu gehört möglichst die richtige Familienplanung. Die Schwangerschaft sollte frei sein von psychischen und körperlichen Belastungen. Risikoschwangerschaften und -geburten müßten besonders auf psychische Auffälligkeiten hin längere Zeit beobachtet werden. Der Mutter muß in der ersten Zeit nach der Geburt die Möglichkeit gegeben werden, sich voll um ihr Kind zu kümmern. Durch Öffentlichkeitsarbeit muß den Eltern aufgezeigt werden, daß es Stellen gibt, die ihnen bei den verschiedensten Schwierigkeiten Hilfe anbieten. Mit dem Aufbau einer gesunden Familienstruktur mit gesunder Eltern-Kind Beziehung würde die frühe Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen vielfach verhindert

werden können, und das soziale Umfeld des Jugendlichen würde weniger Probleme aufwerfen. Wichtige Faktoren zur Entwicklung der Suicidbereitschaft Jugendlicher würden somit ausgeschaltet.

Literaturangaben

ASCHKHASSY, C.	Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Med. Diss., Düsseldorf 1969
ASHFORD, J. R.; LAWRENCE, P. A.	Aspects of the epidemiologie of suicide in England and Wales. Int. J. epidemiol. 5 (2) 133-144 Jun 76
BAYREUTHER, H.	Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord. Eine Untersuchung an 1000 großstädtischen Selbstmorden der Nachkriegszeit. aus: Selbstvernichtung. Hrsg. Zwingmann, C., Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965
BECKER, W.	Selbstmorde im Jugendalter. Med. Klin. 60 (1965) 6 226-231
BÖCKER, F.	Suicide und Suicidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973
DANNEEL, R.	Jahreszeitlich bedingte Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit bei jungen und alten Menschen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 221 (1) 11-13 23. Dez. 75
DOTZAUER, G.; GOEBELS, H.; LEGEWIE, H.	Selbstmord und Selbstmordversuch. Statistischer Vergleich aus Hamburger Erfahrungen aus den Jahren 1935 bis 1959. aus: Selbstvernichtung. Hrsg. Zwingmann, C., Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965
EASTWOOD, M. R.; PEACOCKE, J. E.	Suicide, diagnosis and age. Can. Psychiatr. Assoc. J. 20 (6) 447-9 Oct. 75

FEUERLEIN, W. Sucht und Selbstmordhandlungen. aus: Sucht und Suicid, Lambertus Verlag, Freiburg 1976

FEUERLEIN, W. Selbstmord und Selbstmordversuch. Med. Klin. 68, 52 (1973) 1717-21

FUCHS, D. Berufliche Beteiligung von Selbstmorden in den Jahren 1950-1965 im Raume Düsseldorf. Med. Diss., Aachen 1974

GLATZEL, J. Angewandte Psychiatrie. Leitfaden für die psychiatrische Allgemeinpraxis. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977

GÖLLNITZ, G. Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1975

GRUHLE, H. W. Selbstmord. Thieme Verlag, Leipzig 1940

HOFFMANN, A. D. Adolescents in distress, suicide and out-of-control behaviors. Med. Clin. North Am. 59 (6) 1429-37 Nov 75

HOLTZEM, D. Selbstmorde und "broken home". Med. Diss., Bonn 1972

JACOBZINER, H. Attempted suicides in adolescence. J. Am. Med. Ass. Vol 191, No 1, 1965, 7-11

LESTER, D.; BECK, A. T. Attempted suicide in alcoholics and drug addicts. J. Stud. Alc. 36, 1975, 162-164

LINDEN, K.-J. Der Suicidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1969

LUNGERSHAUSEN, E. Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten. Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1968

MENNINGER, K. Man against himself. Harcourt, Brace and World, New York 1938 zit. nach der Übersetzung: Selbstzerstörung. Suhrkamp Verlag 1974

NISSEN, G. Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung. aus: Harbauer u. a.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer Verlag, Berlin 1976

OTT, B. Reaktive Selbstmordversuche bei Erwachsenen und Jugendlichen. Med. Welt 25 Heft 39 (1974) 1574-8

OTTO, U. Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study. Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.) 233 (1972)

PARNITZKE, C.; REGEL, H. Analyse von Suicidversuchen im Kindes- und Jugendalter. Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz.) 24 (9) 528-38 Sep 72

PARNITZKE, C.; REGEL, H. Selbstvernichtung Jugendlicher bei sozialer Desintegration. Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz.) 25 (10) 606-14 Oct 73

PARNITZKE, K. H. Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre. aus: Selbstvernichtung. Hrsg. Zwingmann, C., Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965

PÖLDINGER, W. Die Abschätzung der Suicidalität. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Verlag Hans Huber, Bern 1968

POHLMEIER, H. Selbstmord und Selbstmordverhütung. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1978

REGNER, E. Skolpsykiatry. Almqvist § Wiksell, Stockholm 1970 zit. nach Otto, U. s. o.

RINGEL, E. The presuicidal syndrome. Suicide and Life-Threatening Behavior Vol 6 (3) Fall 1976 131-149

RINGEL, E. Selbstmord - Appell an die anderen. Kaiser/Grünewald 1974

RINGEL, E. Über Selbstmordversuche bei Jugendlichen. aus: Selbstvernichtung. Hrsg. Zwingmann, C., Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965

SCHEEL, R. Untersuchungen zur Statistik über Selbstmorde in NW in den Jahren 1956-1973. Med. Diss., Düsseldorf 1976

SCHMIDT, C. W.; SHAFFER, J. W.; ZLOTOWITZ, H. J.; FISHER, R. S. Suicide by vehicular crash. Am. J. Psychiatr. 134 (2) 175-8 Feb 77

SCHROEDER, O. C. Suicide: a dilemma for medicine, law, and society. Postgrad. Med. 3 (1) 55-7 Jan 73

SELZER, M. L.; PAYNE, C. E. Autounfälle, Selbstmord und unbewußte Motivation. aus: Selbstvernichtung. Hrsg. Zwingmann, C., Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965

SORREL, W. E. Violence towards self. A study in suicide. Dis Nerv. Syst. 33 (8) 501-8 Aug 72

SPAETE, H. F. Über kommunikative Elemente suicidaler Handlungen. Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz.) 25 (11) 647-55 Nov 73

STENGEL, E. Selbstmord und Selbstmordversuch. Conditio humana. Fischer Verlag, Frankfurt 1969

THOMAS, C. B.; GREENSTREET, R. L. Psychobiological characteristics in youth as predictors for five disease states: suicide, mental illness, hypertension, coronary heart desease, and tumor. John Hopkins Med. J. 132 (1) 16-43 Jan 73

THOMAS, K.	Warum weiter leben? Ein Arzt und Seelsorger über Selbstmord und seine Verhütung. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau 1977
TRUBE-BECKER, E.	Suicid bei Kindern und Jugendlichen. Münch. Med. Wschr. 112 (1970) 16 750-54
TUCKMAN; KLEINER; LAVELL	Emotional content of suicide notes. Am.J. of Psychiat. 116 (1) July 1959
WALDRON, J.; EYER, J.	Sociooeconomic causes of the recent rise in death rates for 15-24-years olds. Soc. Sci. Med. 9 (7) 383-96 Jul 75
WEITBRECHT, H. J.	Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen. Z. Präv. Med. 10 1965
WENZ, F. V.	Effects of seasons and sociological variables on suicidal behavior. Public Health Rep. 92 (3) 233-9 May-June 77
ZUNG, W. W.; MOORE, J.	Suicidal potential in a normal adult population. Psychosomatics 17 (1) 37-49 (1976)
	Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland der Jahre 1972, 1973, 1975, 1977, 1978
	Statistische Jahrbücher des Landes Nordrhein-Westfalen der Jahre 1972-1978

Danksagung

Für die Überlassung des interessanten Themas danke ich Frau Prof. Dr. med. E. Trube-Becker aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf. Die Einsicht in ihre Unterlagen ermöglichte mir die Zusammenstellung der Fälle, die dieser Arbeit zugrunde liegen. Ihren wertvollen Anregungen und ihren kritischen Einwänden verdanke ich die Erstellung der vorliegenden Untersuchung.

Meinem Mann, Heinz-Dieter Ulbricht, danke ich für die Hilfe bei der Erarbeitung des Rechenprogramms an der graphischen EDV-Anlage Tectronix 4051 und Hard-Copy-Unit.

Weiterhin gilt mein Dank der Psychologin und Psychotherapeutin Dr. Christina Crist für die interessante Diskussion über die Ergebnisse dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 21. Mai 1948 wurde ich als Kind des Kaufmanns Dr. jur. Helmut Esser und seiner Frau Ruth geb. Kaufhold in Düsseldorf geboren.

Von 1955 bis 1959 besuchte ich die Volksschule, anschließend das neusprachliche Gymnasium Suitbertus-Schule in Düsseldorf. Hier bestand ich 1967 die Reifeprüfung.

Von 1968 bis 1970 wurde ich in Freiburg/Breisgau zur medizinisch-technischen Assistentin ausgebildet und arbeitete von 1970 bis 1973 in diesem Beruf in Heidelberg, Freiburg/Brsg. und Stuttgart.

Seit dem Wintersemester 1973/74 studiere ich an der Universität Düsseldorf Medizin. Im August 1975 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Nach weiteren zwei Semestern legte ich den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und im August 1978 den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung mit Erfolg ab.

Seit dem 25. September 1975 bin ich mit dem Studenten Heinz-Dieter Ulbricht verheiratet. Am 14. November 1977 wurde unsere Tochter Ann Mareike geboren.

Düsseldorf, April 1979